

閉塞性肥大型心筋症に合併した多発性左室内 abnormal mass の一例

東京女子医科大学中央検査部¹ 循環器内科² 循環器小児科³ 循環器外科⁴

網倉由子¹ 高野一成¹ 神田かおり¹ 黒川文夫¹ 椎名哲彦¹ 林哲朗¹
古堅あずさ² 谷本京美² 持田亜彩子² 郡司一恵² 石塚尚子² 笠貫宏²
富松宏文³ 斉藤聡⁴ 山寄健二⁴ 黒沢博身⁴

【症例】 68 歳 男性

【主訴】 特記事項なし

【既往歴】 2003 年 S 状結腸癌切除術，胆石症（胆摘後）

【現病歴】

2003 年，他院にて S 状結腸癌に対する術前精査にて閉塞性肥大型心筋症を指摘された。この時，経胸壁心エコーにて左室内の mass 様所見を指摘され左室内血栓と診断され抗凝固療法を開始された。以後，近医で経過観察されたが左室内血栓に変化を認めないため，精査目的に 2006 年 10 月当院紹介受診となった。外来で施行した経胸壁心エコー検査にて閉塞性肥大型心筋症（中部閉塞型）および中隔，乳頭筋，後壁にそれぞれ付着する可動性 mass を認めた。

【入院後経過】

経食道心エコー検査にて経胸壁心エコー検査と同様に最大 2cm 大の mass を複数個認めた。心臓カテーテル検査では PA-LVG にて心室中部の閉塞部に一致して，可動性のある 1cm 大の透亮像を認めた。MRI ではその性状評価までは困難であった。

壁運動良好な箇所に mass を認めること，mass の大きさに経時的变化が乏しいことから血栓の可能性は低く良性腫瘍が疑われた。閉塞部に一致して存在する mass のため心内圧較差を増強している可能性があることから外科的切除を検討した。心内へのアプローチ法については 3D-echo による画像所見を参考にした。術中所見は術前評価の通り複数個の mass を認め，肉眼的にも組織学的にも papillary fibroelastoma であった。

【結語】

HOCM に多発性 papillary fibroelastoma を合併した一例を経験した。papillary fibroelastoma 切除術と心室中隔心筋切除術の同時施行に成功し，心内圧較差の軽減をも併せて得ることが出来た。診断および外科的アプローチの検討に心エコーが有用であった。

【演題名】 感染性心内膜炎の経過中に胸痛を認めた1例

【演者名】 南島俊徳、坂田好美、古谷充史、水野宜英、佐藤一樹、田口浩樹、武本和也、吉野秀朗

【所属】 杏林大学第2内科

【症例】 57歳 男性

【主訴】 胸痛

【現病歴】 約10年前より僧帽弁逸脱症を指摘され、近医通院中の患者。2006年10月に37℃台の発熱を認め、以降軽快増悪を繰り返していた。10月末に歯石の治療を受けた。この際、AMPC 2g内服している。11月18日37～38℃の発熱自覚し、近医受診。11月30日血液培養検査にてグラム陽性球菌検出。心エコーに **vegetation** を疑う所見認められたため、12月4日当科紹介受診。感染性心内膜炎疑いにて入院となる。同日よりPCG 2,400万単位を開始。12月27日経食道エコー施行。僧帽弁後尖に **vegetation** を認めた。抗生剤を6週間投与し、炎症反応は0.2まで改善した。

加療最終日の1月14日に胸痛を自覚。心電図にてST上昇あり、また血液検査にて、WBC 10,400、CK 104、CK-MB 2.7、トロポニンI 2.13と上昇あり。ミオコールスプレーにて胸痛の改善あり、ACSを考え、カテーテル検査施行。冠動脈に有意狭窄なく、心外膜炎の診断となった。

1月19日心臓MRI施行。下壁に造影遅延像を認め、今回の診断は心膜・心筋炎と考えた。

僧帽弁置換術後 6 年目に多臓器不全、心原性ショックとなった一症例

東京医科大学八王子医療センター 循環器内科

東京医科大学 第二内科

喜納 峰子 高澤 謙二 中山 雅文 斉藤 哲史 小平 真理 川出 昌史 相賀 護 会澤 彰 高橋 英治 生天目 安英 小林 裕

症例は 61 歳の女性で 2003.4 月 14 日呼吸苦を主訴に当院へ緊急搬送された。来院時血圧は触診で 72mmHg、皮膚浸潤あり、四肢冷感著明であった。胸部レントゲン上肺うっ血と胸水を認め、心電図は洞調律、右脚ブロック、右軸偏位、V1 から V3 誘導での T 波の陰転化を認めた。約 6 年前に僧帽弁置換術を受けており、採血上 BUN 40.3mg/dl、CRTN 1.6mg/dl、T-Bil 2.4mg/dl GOT 1958IU/l、GPT 907IU/l と多臓器不全を呈し、PT50.8sec、INR 5.52 と延長していた。経胸壁心エコーでは僧帽弁位人口弁の開放不全が疑われ、左室流入波形は僧帽弁狭窄症様の **deseleration time** の延長を認めた。入院後強心剤への反応を示さず、ショックから離脱できず、肝・腎機能ともに増悪傾向を認めたことから、重篤な人口弁機能不全が疑われ、心臓カテーテル検査室に搬送し弁透視を行ったところ **stuck valve** であった。人口弁両葉とも全く開放しておらず、直ちに緊急弁置換術となり救命することが出来た。**stuck valve** は人口弁感染性心内膜炎同様重篤になりうる病態であり、文献的に血栓溶解療法の有効性が報告されてもいるが、早急な対応を要する可能性が高い疾患でありここに報告する。

房室弁逆流を伴ったうっ血性心不全の1例

慈恵医大第三病院 循環器内科 慈恵医大 循環器内科*

山田崇之、芝田貴裕、藤井拓朗、古賀 純、瀧川和俊、栗須 崇、妹尾篤史、
谷口正幸、吉村道博*

症例は63歳、女性。5年前に子宮頸癌の手術をおこなった後は健康に過ごしていた。昨年末より労作時の息切れを自覚するようになってきた。本年1月5日になって労作時の息切れがひどくなったために当院救急外来受診した。胸部レントゲン写真上、心拡大および肺血管影の増強、胸水を認めた。心不全と診断して入院加療とした。安静、酸素投与、利尿剤投与によって自覚症状は改善した。心エコー上左心系心室は肉柱が発達しており、心機能は低下していた。左心系房室弁は右心系房室弁に比較して心尖部よりに付着していた。また、大動脈弁と左心系房室弁の間には連続性を認めなかった。このことより左心系房室弁は三尖弁と診断した。また、中等度の逆流を認めた。以上より修正大血管転位症を疑った。今回のまた心不全の原因精査として心臓カテーテル検査をおこなった。左室造影上、左心系心室は右心室の形状を示し、右心系心室は左室の形状を示していた。心エコー検査および心臓カテーテル検査より修正大血管転位症と診断した。63歳という高齢ではじめて修正大血管転位症と診断される症例に遭遇した。興味深い症例と考え、報告する。

心不全と左室内血栓のため入院し小腸穿孔を認めた Churg-Strauss 症候群の一例

東邦大学医療センター大森病院 循環器内科¹ 生理機能検査室² 病院病理科³

中西 理子¹、原田 昌彦²、宮坂 匠²、寶田 雄一²、林 京子²、朴 理絵¹、
原文彦¹、岡野 喜史¹、渋谷 和俊³、山崎 純一¹

症例. 57歳男性。2003年より気管支喘息にて他院に通院中であった。2006年9月呼吸苦出現し、心不全の診断で他院入院。左室駆出率21%、心尖部には6.6×1.9cmの血栓を認め精査加療目的で当院へ転院となった。利尿剤による心不全加療と左室内血栓に対しワーファリンによる抗凝固療法を行い改善を認めた。心臓カテーテル検査では冠動脈の有意狭窄を認めず内分泌関連の異常も認めないため二次性心筋症も否定され特発性拡張型心筋症を強く疑った。β₁受容体選択性の受容体拮抗薬を導入後、心機能も改善傾向を示し退院したが、前腕と体幹部に皮疹出現。また11月28日から炎症反応上昇を伴う腹痛が出現し再入院となる。初回入院時より好酸球増多傾向にあったが再入院時には好酸球数8400/μlまで増多し、その後入院経過中小腸穿孔を認め緊急手術を行った。臨床所見と検査結果からChurg-Strauss症候群(CSS)と診断しステロイド1mg/kg投与により著明に全身状態が改善した。CSSは非常に稀な症候群であり15~55%に心疾患を合併し心病変は予後不良とされる。心不全、左室内血栓、小腸穿孔を認めたCSSを経験したため報告する。

CRT 施行前後での 2-D ストレイン法を用いた circumferential strain による dyssynchrony 評価の有用性が示唆された慢性心不全の 1 例

日本大学医学部 内科学講座循環器内科部門

太田昌克、笠巻祐二、東海康太郎、中井俊子、尾形 滋、渡辺一郎、
佐藤裕一、平山篤志

日本大学医学部先端医学講座

齋藤穎

【症例】 47 歳、男性

【主訴】 呼吸困難

【現病歴】 平成 18 年 9 月中旬より呼吸困難が出現し、9 月 17 日に救急外来を受診した。利尿薬の静脈内投与にて症状が改善したため当院外来を受診し、心不全の診断で入院となった。

【既往歴】 平成 15 年 8 月、平成 17 年 11 月、平成 18 年 4 月、6 月、7 月に心不全増悪にて入院を繰り返している。

【経過】 平成 18 年 10 月 3 日にペースメーカー植え込み術を施行し、CRT を開始した。CRT 開始後、心不全症状は改善傾向を示した。しかし、4 日目のレントゲンにて心房リードの dislodgement を認め、呼吸苦も出現するようになった。10 月 7 日に再手術にて心房リードの再固定を行ない、また心不全症状は改善傾向にあった。しかしながら、10 月 13 日に 38 度以上の発熱がみられ、血液培養にてブドウ球菌が検出されたため、翌 14 日にリード、ジェネレーター抜去術を施行、抗生物質（バンコマイシン、ダラシン）の投与を開始した。その後、解熱傾向はみられたものの、夜間の呼吸困難は再度増悪し、心不全のコントロールは再び困難となってきた。現在、敗血症の治療は奏功し、再度 CRT 施行予定である。

【本症例のポイント】

- 1) CRT後に臨床症状、身体所見および胸部レントゲン所見は改善した。
- 2) CRT後の心エコー評価では、EFの増加が認められた。しかし、左室M-modeから計測した IVS-PW間の収縮ピークのずれは**改善したが**、左右心室間の駆出開始までの時間のずれも増大した。
- 3) 心筋組織ドプラ法による評価では、tissue velocity, strain, strain rateのいずれの指標を用いてもCRT後にdyssynchronyが悪化した。
- 4) VVIによる2-Dストレイン法を用いた評価では、左室各レベルの短軸断面におけるcircumferential strainによるdyssynchronyがCRT後に著明に改善した。

【結語】 VVIによる2-Dストレイン法を用いたcircumferential strainによるdyssynchrony評価の有用性が示唆された慢性心不全の1例を経験した。